

TO 134.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA

CÂNCER DE MAMA ACESSÓRIA
RELATO DO CASO

ℰ

FLORIANÓPOLIS, MAIO DE 1997.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA

CÂNCER DE MAMA ACESSÓRIA
RELATO DO CASO

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em
Medicina, apresentado ao Departamento de
Tocoginecologia, Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal de Santa Catarina.

Doutoranda: Taciana Jamundá

Orientador: Prof. Dr. Edison Natal Fedrizzi

FLORIANÓPOLIS, MAIO 1997

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Cícero e Corporina, pelo carinho e motivação e à quem tenho o privilégio de tê-los como exemplo, fundamentos de minha formação humana e profissional.

Ao professor Dr. Edison Natal Fedrizzi pela orientação, subsídio e atenção dedicada na elaboração deste trabalho.

À todos aqueles que, de maneira direta ou indireta, colaboraram para a realização deste trabalho.

RESUMO

A autora relata um caso de carcinoma de mama acessória axilar, considerado raro entre os cânceres de mama (0,3-0,6%). A paciente apresentava nódulo palpável em região axilar esquerda com investigação pré-operatória conclusiva para carcinoma (Mamografia, Ultrassonografia com Doppler e Punção Aspirativa por Agulha Fina). Foi submetida a tratamento cirúrgico conservador (mastectomia axilar esquerda mais linfadenectomia) e radioterapia tendo apresentado boa evolução após o tratamento. A mesma continua em seguimento (há dois anos), não apresentando nenhuma evidência de recidiva local e doença sistêmica.

SUMÁRIO

RESUMO	III
INTRODUÇÃO	5
RELATO DO CASO.....	7
Anamnese, Exame Físico e Diagnóstico.....	7
Exames Complementares e Estadiamento.....	11
Tratamento Cirúrgico	12
Anatomo-patológico.....	13
Evolução	14
DISCUSSÃO	20
ABSTRACT	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é conhecido desde os primórdios da medicina e a primeira referência escrita foi de Edwin Smith Surgical Papyrus escrito na época das pirâmides egípcias no antigo reino (3000 a 2500 AC)^(7, 17). É o tumor maligno mais frequente na mulher^(24,16), acometendo mulheres jovens, com curva ascendente a partir dos vinte e cinco anos de idade⁽⁸⁾, com a maioria dos casos se concentrando entre quarenta e sessenta anos^(8, 16, 24) e totaliza 16% dos 12% dos óbitos por câncer entre as mulheres brasileiras⁽¹²⁾. É uma enfermidade do epitélio mamário, multifocal e frequentemente bilateral. A evolução dos distintos focos não é sincrônica e habitualmente se manifesta como um tumor único. Cursa primeiro por uma etapa intraepitelial, a maioria das vezes assintomática. Posteriormente as células neoplásicas rompem a membrana basal e invadem o estroma. Aparece o sintoma tumor e se estabelece as possibilidades de disseminação através da corrente linfática e/ou sangüínea. Através dos linfáticos ocorrem metástases para axila e mamária interna, e secundariamente para fossa supra claviclar e outros grupos ganglionares. Através da corrente sangüínea se produzem as metástases a distância⁽¹³⁾.

A presença de graus variáveis de tecido mamário ectópico, desde rudimento da papila e aréola até mama completa é denominada de mama acessória^(19, 22, 29, 32), podendo ou não ser funcional. Quando a glândula

mamária é revestida apenas por pele, mas sem aréola é dita polimastia e politelia quando há presença da aréola ou papila, em geral rudimentares, acompanhadas de escassa ou nula quantidade de tecido glandular⁽³²⁾. A incidência de mama acessória é de 2-6% das mulheres^(1, 21, 22, 29) e aproximadamente duas vezes mais comum em mulheres do que homens⁽³¹⁾, sendo mais frequente em países orientais^(6, 21). Cerca de 65% das mamas acessórias são únicas e 30% duplas, ocasionalmente três ou mais mamas acessórias ocorrem na mesma pessoa⁽¹⁰⁾. Parece freqüente uma influência hereditária^(5, 19, 27) sugerindo um gen autossômico dominante com expressão variável⁽⁶⁾. Está mais comumente presente ao longo da linha mamária embriológica (da axila até a região inguinal)^(4, 19, 31), mas também pode ocorrer em outras localizações incluindo a face, pescoço, ombro, flanco, quadril, coxa, nádega⁽³¹⁾ e vulva^(15, 18, 19).

O tecido mamário acessório está sujeito às mesmas patologias do tecido mamário normal^(1, 3, 5, 22, 26, 27). Há relatos de neoplasias benignas, doenças fibrocísticas da mama e carcinoma primário^(7, 14, 22, 26, 29). Embora a maioria das neoplasias do tecido mamário acessório consista de lesões malignas^(21, 31) a incidência é rara com um total de apenas 0,3 - 0,6% de toda a população com câncer de mama^(21, 23).

Por ser o carcinoma de mama acessória raro com poucos casos relatados na literatura ⁽²²⁾ o presente trabalho relata um caso descrevendo os achados clínicos, aspectos diagnósticos, tratamento e evolução de uma paciente portadora de tal patologia.

RELATO DO CASO

Anamnese, Exame Físico e Diagnóstico

D.O.B, 59 anos, feminino, branca, casada, do lar, natural de São Paulo e procedente de Florianópolis, uma internação anterior.

Há quinze dias da data da consulta (18.11.94), a paciente notou nódulo em mama esquerda. Fez avaliação clínica sendo solicitado ultrassonografia e mamografia bilateral e encaminhada ao Serviço de Ginecologia do Hospital Universitário (HU) para investigação. No momento da consulta, a paciente referia ausência de dor ou trauma e negava história familiar de câncer de mama. Nos antecedentes Ginecológicos e Obstétricos, menarca aos 14 anos, menopausa aos 49 anos, Gesta XI Para VIII cesária I Aborto II, início da atividade sexual aos 17 anos, sem atividade sexual pós-menopausa, nunca fez uso de anticoncepcional e não fazia terapia de reposição hormonal, última colpocitologia oncótica foi há um ano e dentro da normalidade e nunca tinha realizado mamografia anteriormente.

Ao exame físico geral não apresentava particularidade e ao exame mastológico foi constatado a presença de mama acessória axilar bilateral, sendo que na esquerda palpava-se massa de aproximadamente 04cm de diâmetro com limites imprecisos, indolor e de consistência endurecida. Mama

direita, esquerda e acessória axilar direita sem particularidades. Ausência de linfonodos suspeitos à palpação na fossa supra e infra-clavicular e axilar bilateralmente.

A mamografia e o estudo ultrassonográfico com doppler mostraram os seguintes resultados:

- Mamografia (11.11.94): “Pele bem delimitada com aspecto e espessura normais. Tecido celular subcutâneo com aspecto anatômico. Aréolas e regiões retro-areolares sem alterações. Presença de parênquima mamário em ambas as axilas. Nesta região, à esquerda observamos área estrelada, com microcalcificações numa extensão de aproximadamente 3,0x2,0 cm. Vascularização bilateral comparável. Conclusão: Microcalcificações em mama axilar esquerda.CID 174” (Fig. 1 e 2).

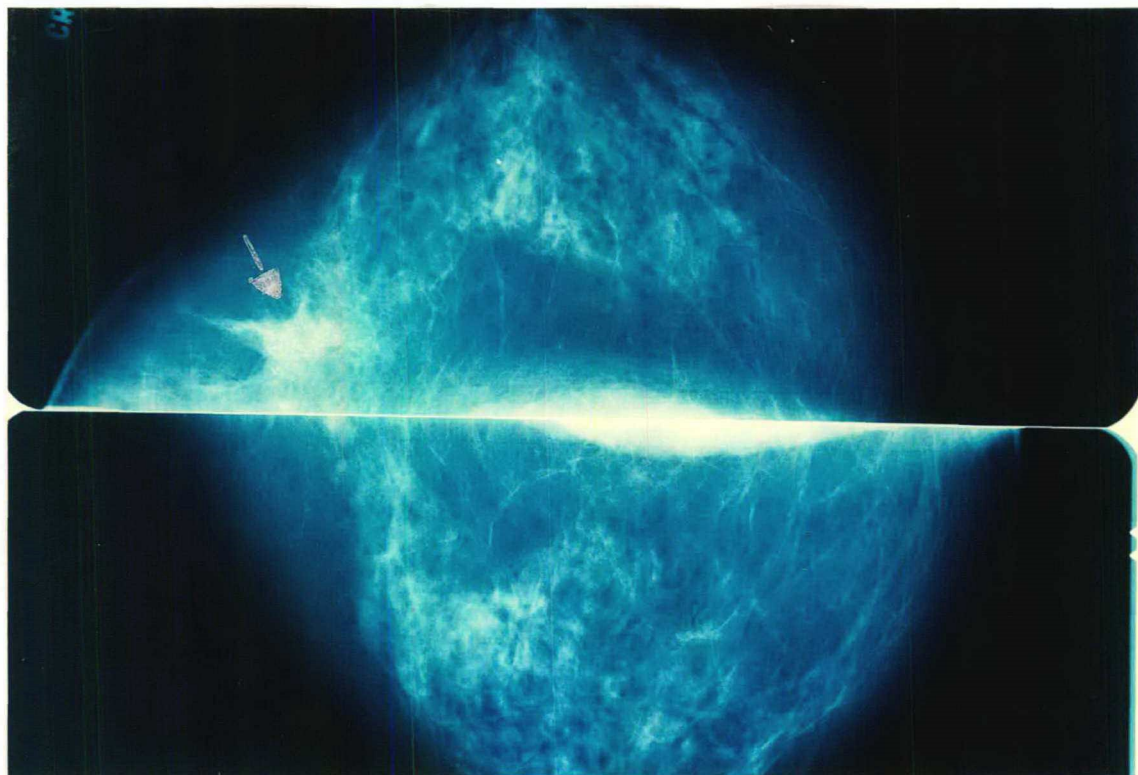


Fig.1 - Mamografia (incidência crânio-caudal) de 11.11.94.

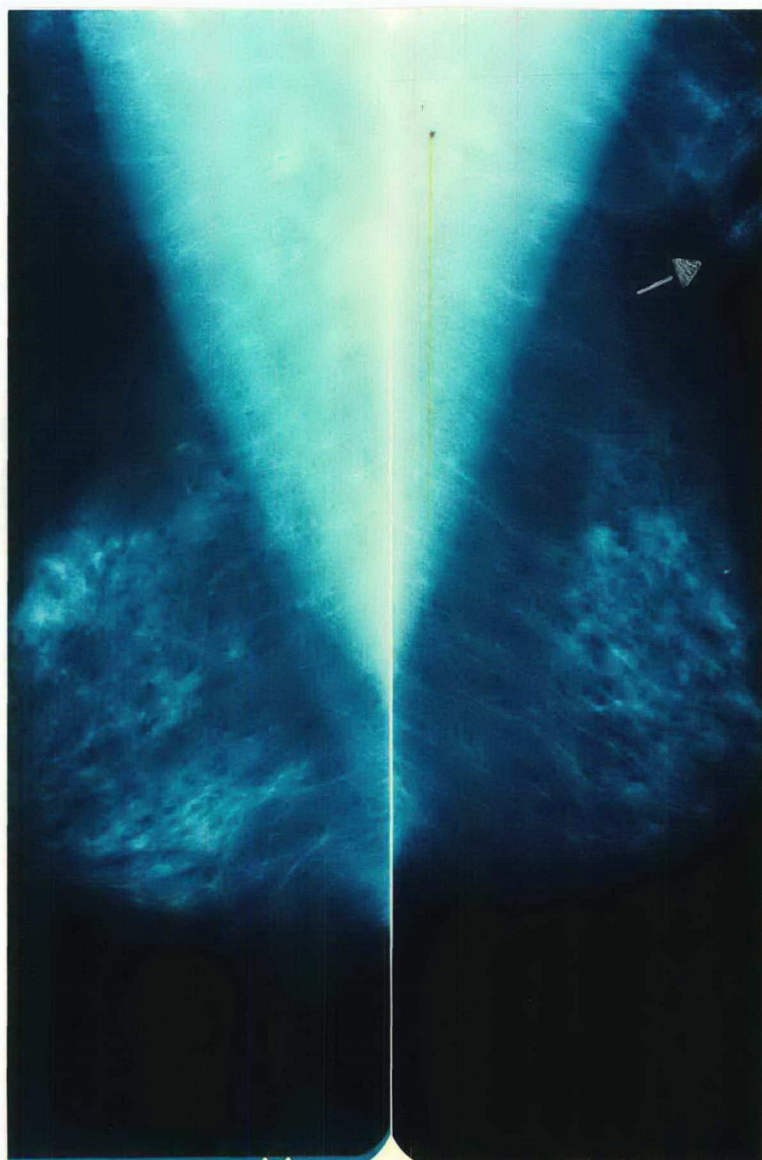


Fig.2 - Mamografia (incidência oblíqua de 11.11.94)

- USG (11.11.94): “ O estudo ultrassonográfico mostrou presença de área heterogênea, hipoecogênica, com pequenos pontos hiperecogênicos que representam micro-calcificações, limites pouco definidos, localizada praticamente na axila esquerda. Quando estudada com mapeamento de fluxo colorido observamos aumento significativo do número de vasos na região quando comparado com o restante das mamas. Aspecto compatível com CID 174. Ausência de outras alterações. Conclusão: Área com microcalcificações na axila esquerda” (Fig.3 e 4).

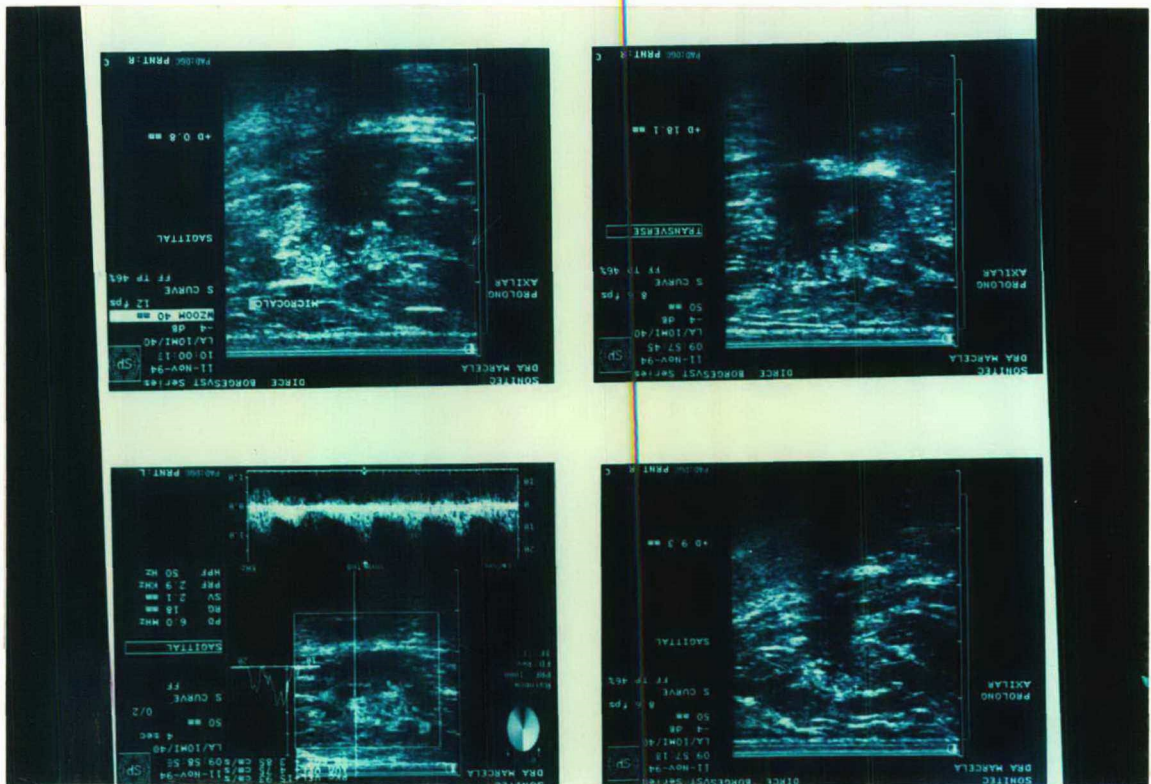


Fig. 3 - Ultrassonografia de 11. 11. 94.

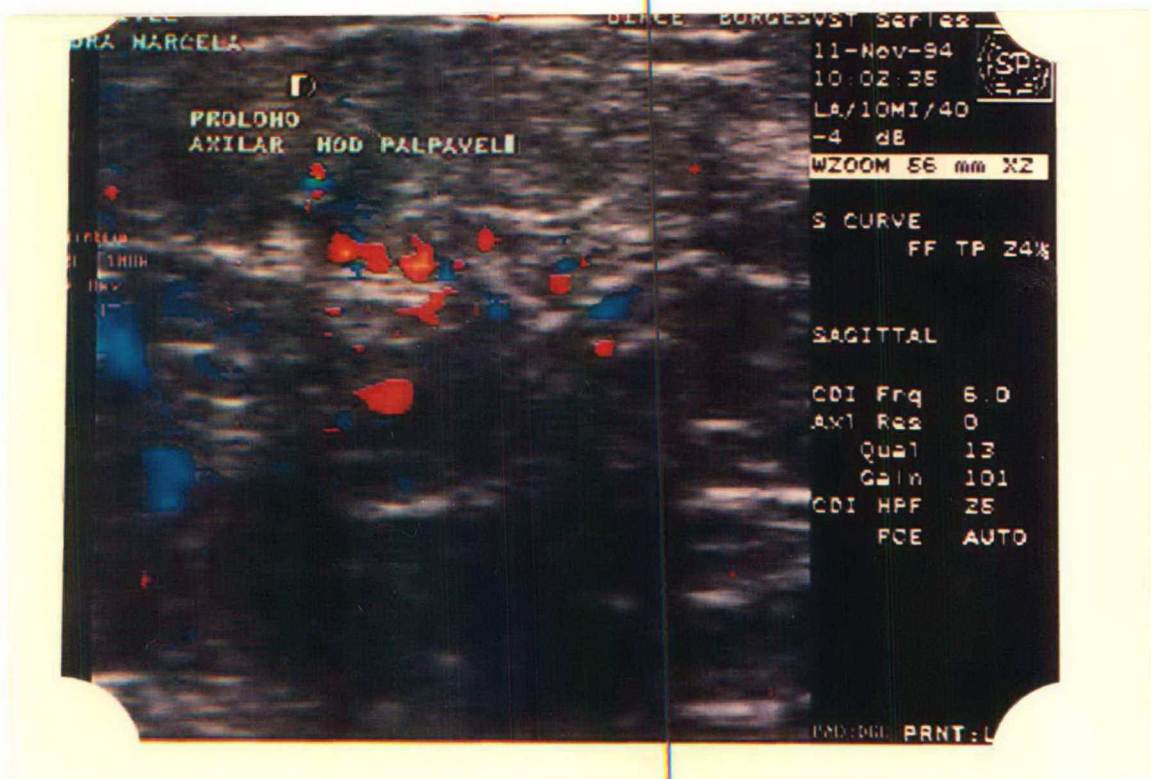


Fig.4 - Ultrassonografia com Doppler de 11.11.94

No mesmo dia a paciente realizou Punção Aspirativa por Agulha Fina do nódulo da mama acessória axilar esquerda cujo laudo histo-patológico evidenciou “esfregaços moderadamente celulares apresentando vários grupamentos frouxos de células amplas, poligonais, citoplasma homogêneo, núcleos irregulares, hipercromáticos ou de cromatina grumosa e nucléolos notadamente evidentes. Conclusão: carcinoma ductal”.

Exames Complementares e Estadiamento

Foram solicitados exames pré-operatórios e para o estadiamento com os seguintes resultados:

- **Hemograma** (28.11.94):

hematócrito: 38%, hemoglobina: 12,6

leucócitos: 6.600 p/mm³ (segmentados - 62%, linfócitos - 34%).

- **Provas de Função Renal** (28.11.94):

uréia: 26 mg/dl, creatinina: 0,56 mg/dl

- **Provas de Função Hepática** (23.11.94):

TGO: 8 u/l, TGP: 7 u/l, Gama-GT: 36 u/l, fosfatase alcalina: 27 u/l.

- **Tempo de Coagulação** (28.11.94): 20 segundos

- **Perfil Lipídico** (23.11.94):

triglicerídeos: 110 mg/dl, HDL: 53 mg/dl, LDH: 126 mg/dl

- **Parcial de Urina**: (23. 11. 94): normal / urocultura: negativa

- **ECG** (28.11.94): normal

- **Radiografia do Tórax** (22.11.94): normal

- **USG Abdominal Total** (22.11.94): presença de colelitíase. Demais estruturas abdominais normais.

Tratamento Cirúrgico

Na data de 21.12.94 a paciente foi submetida a tratamento cirúrgico com congelação (Mastectomia axilar esquerda e linfadenectomia axilar). Foi utilizado incisão axilar oblíqua única, obedecendo as linhas de força (Fig.5), sendo realizado a ressecção da mama acessória com margem cirúrgica ampla, cujo anatomo-patológico de congelação mostrou limites negativos (ausência de tecido neoplásico próximo ou nas margens). A linfadenectomia axilar foi realizado nos três níveis sendo ressecado concomitante o músculo peitoral menor (Fig. 6). A síntese foi realizada com sutura contínua intradérmica com fio mononylon 3.0, sendo a ferida operatória drenada com aspirador do tipo Porto-Vac.



Fig.5 - Trans-operatório (incisão axilar)

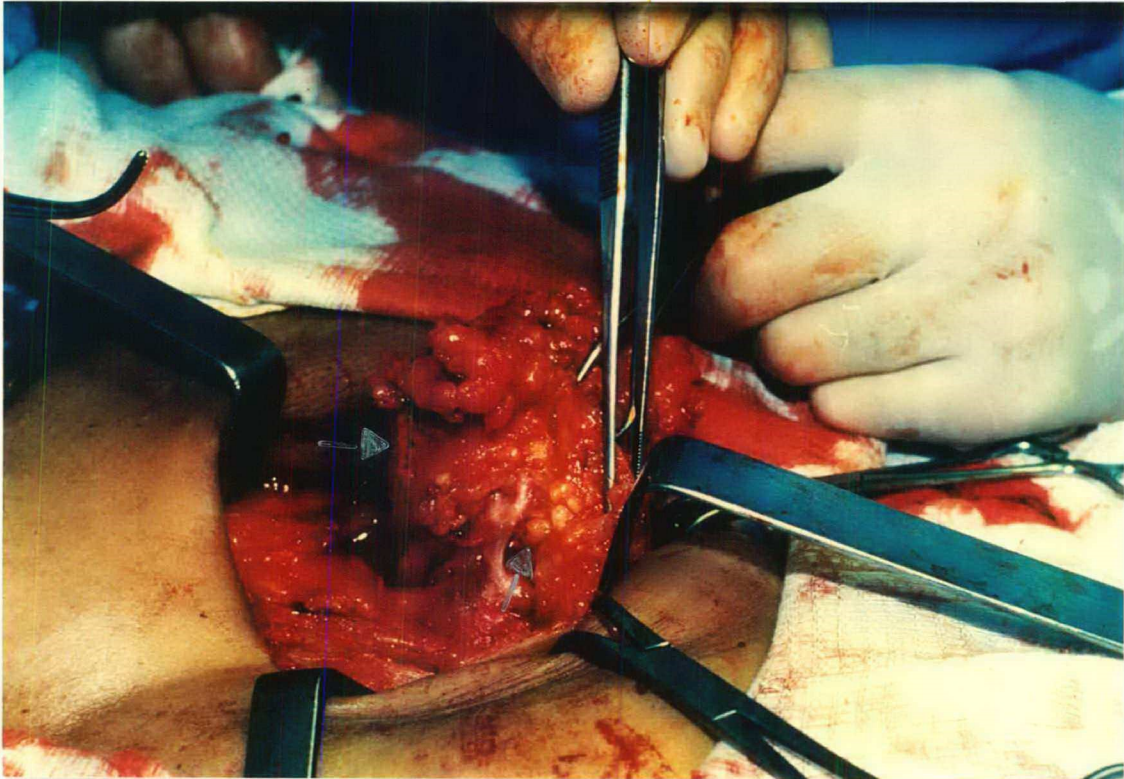


Fig. 6 - Trans-operatório (identificação do músculo peitoral menor e cadeia linfonodal)

Anatomo-patológico

O laudo anatomo-patológico mostrou “na macroscopia segmento de tecido pesando 250 gr medindo 16x12,5x3 cm, exibindo em uma extremidade fio de sutura (reparo). Aos cortes, as superfícies são em sua maioria amareladas, untuosas e brilhantes e em área observamos superfície endurecida brancacenta que mede 1,5x1,0 cm e dista 2 cm do extremo mais próximo. Isolados 34 nódulos do tecido adiposo adjacente, sendo nove do ápice. E na microscopia cortes de mama exibindo neoplasia epitelial originada

na proliferação de células ductais irregulares. Possuem citoplasma relativamente amplo, núcleos ovóides de pleomorfismo moderado, cromatina grosseira e nucléolo conspícuo. Tais elementos encontram-se formando múltiplas camadas no interior de ductos ectásicos com centro necrótico e constituindo cordões no estroma. Os 34 linfonodos isolados não mostram envolvimento neoplásico. Margens livres. Conclusão: mama - carcinoma ductal infiltrante; moderadamente diferenciado (GII) grau nuclear II com áreas de carcinoma intraductal tipo comedocarcinoma. Margens livres. Linfonodos (axiliares esquerdos): ausência de tecido neoplásico (0/34)''.

Evolução

Apresentou boa evolução pós-operatória, tendo recebido alta no dia 23.12.94 (2º pós-operatório) com dreno de sucção Porto-Vac. No retorno em 07 dias a paciente estava em BEG, sem queixas, ferida operatória de bom aspecto e foi efetuada a retirada do dreno. Após três dias foram retirados os pontos.

Em 16.01.95, iniciou no Hospital de Caridade, tratamento complementar com radioterapia do leito operatório em campos bio-opostos (anterior e posterior) do quadrante superior esquerdo e região axilar esquerda, tendo realizado 26 sessões, num total de 5.200 cGy. Evoluiu com dermatite actínica, reversível após três semanas (Fig. 7 e 8).

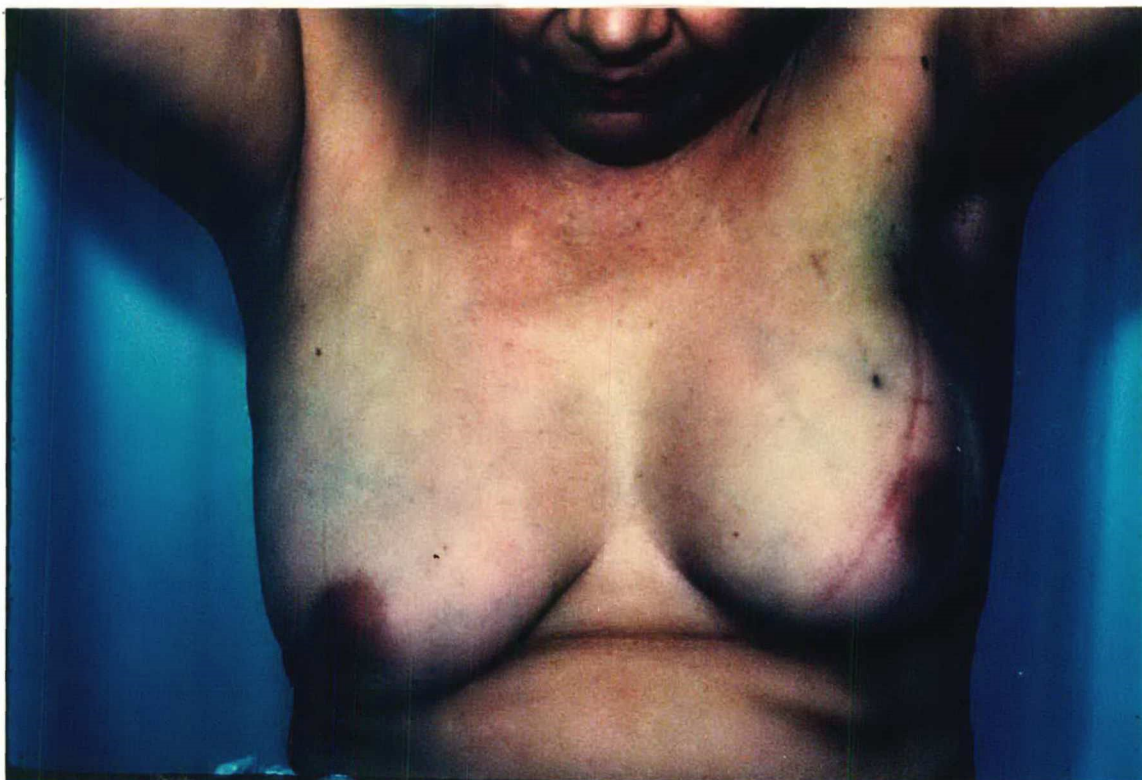


Fig.7 - Edema e dermatite actínica em mama esquerda



Fig.8 - Detalhe da região axilar

A paciente realizou acompanhamento trimestral nos dois primeiros anos e após semestral. Os exames complementares de reavaliação (laboratório, Rx tórax, provas de função hepáticas, USG e mamografia) foram realizados com seis meses de pós-operatório e posteriormente anual, sendo todos normais. Foi submetida exérese da mama acessória direita em junho de 1995 (tecido mamário normal). Após um ano de tratamento, com regressão dos efeitos da radioterapia o resultado estético foi considerado muito bom (Fig 9 e 10).



Fig.9 - Aspecto da mama um ano após o tratamento.

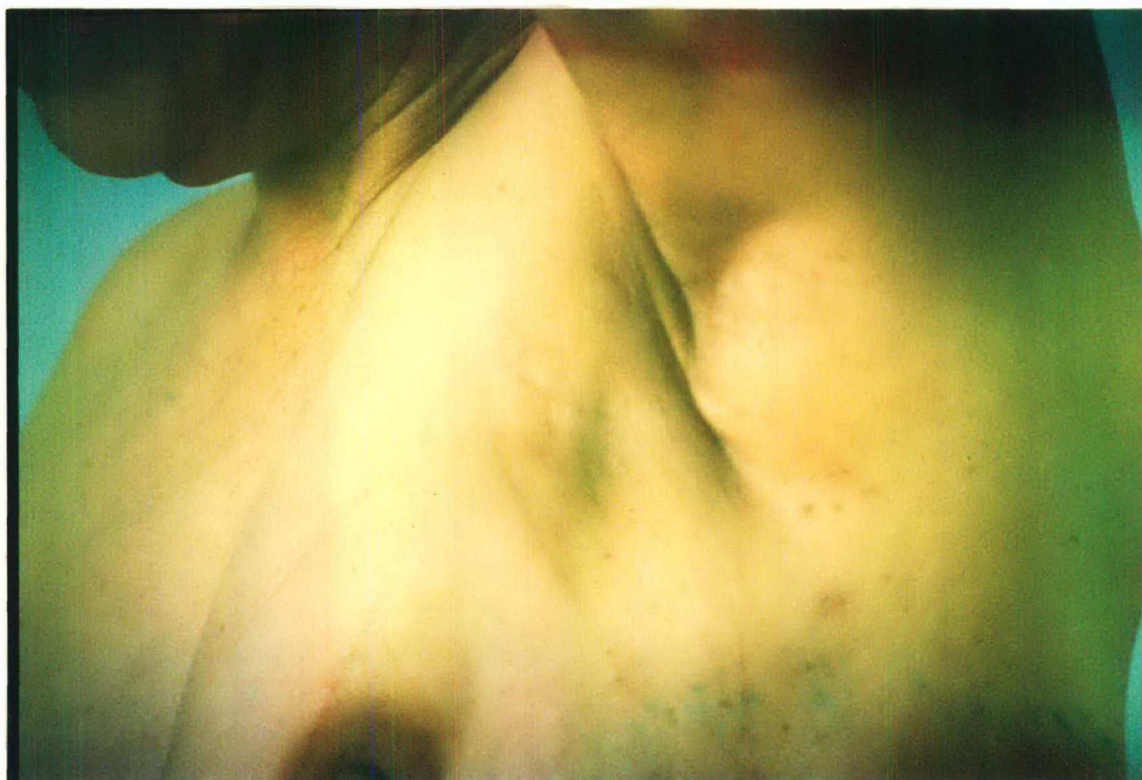


Fig. 10 - Detalhe da região axilar um ano após o tratamento.

Na última revisão (março de 1997) a paciente não apresentava nenhuma queixa, apresentando ferida operatória com ótimo aspecto, membro superior esquerdo sem edema e déficit funcional. Todos exames complementares foram normais. A mamografia pode ser vista na figura 11 e 12 evidenciando linfonodo mamário em mama direita.

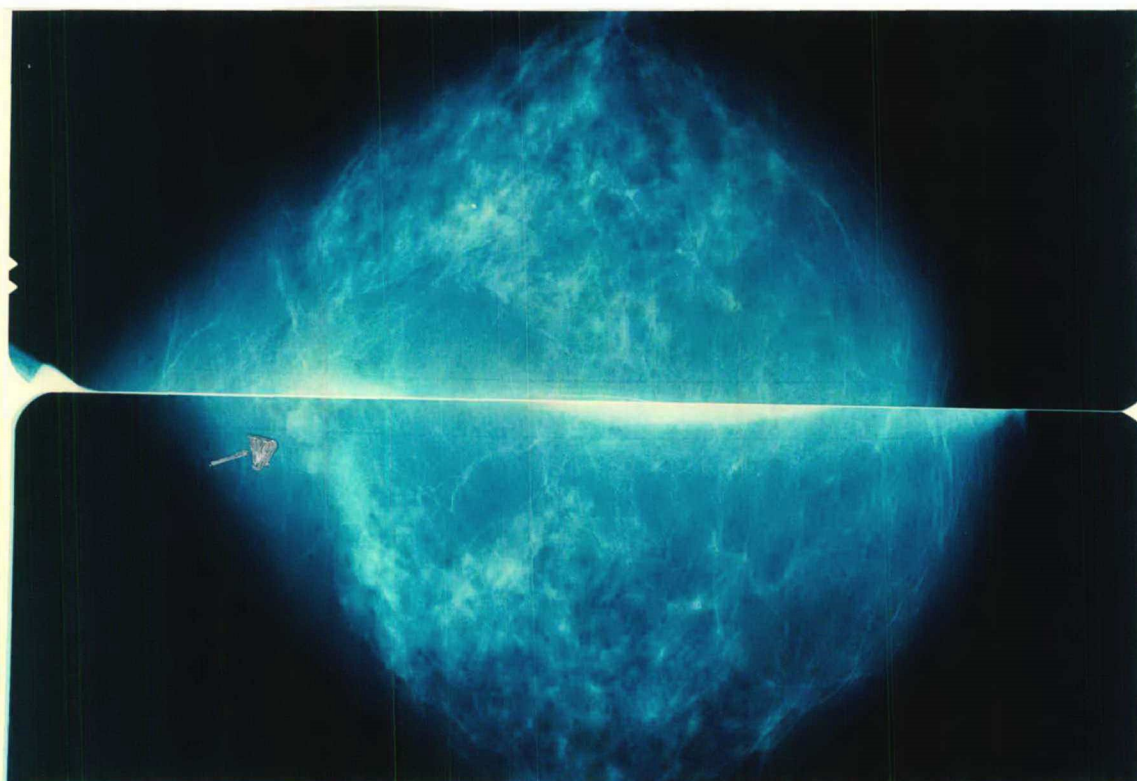


Fig. 11 - Mamografia (incidência crânio caudal) de março 1997.

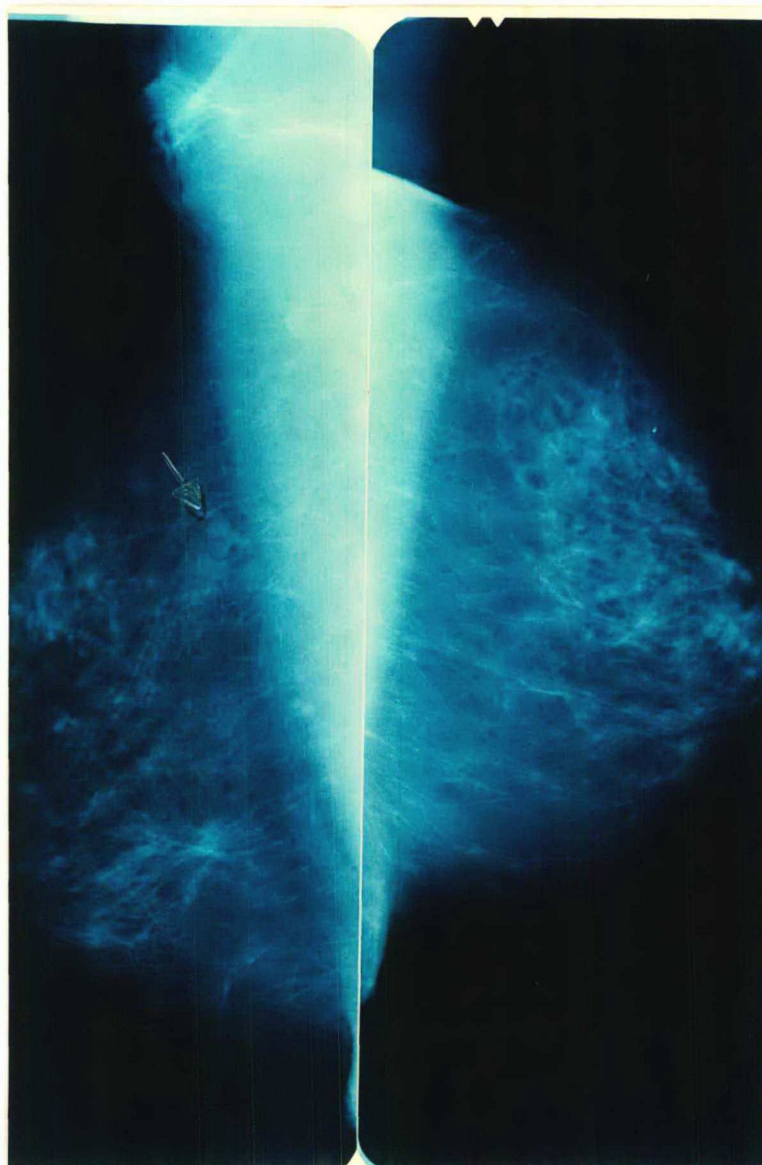


Fig. 12 - Mamografia (incidência oblíqua) de março de 1997.

DISCUSSÃO

Axila é a região mais comum de ocorrer mama acessória ⁽⁰⁷⁾ e a bilateralidade tem uma ocorrência em 30% dos casos ⁽¹⁰⁾. Frequentemente a identificação clínica de tecido mamário axilar é um excesso de gordura axilar ⁽¹⁰⁾, mas na ausência de mamilo ou lactação o diagnóstico é raramente feito e o achado é comumente atribuído a lipoma ⁽²²⁾.

Embriologicamente na sétima semana a linha mamária é representada por duas bandas alargadas de ectoderme que se estende de cada lado da axila até a região inguinal. Normalmente apenas uma pequena porção da linha mamária persiste no meio da região torácica. Se algum fragmento não desaparecer na embriologia, uma mama acessória pode desenvolver-se em qualquer lugar ao longo da linha mamária ^(2, 7, 10, 15, 22, 29). Contudo há vários relatos de mama acessória fora da linha mamária como na região posterior da coxa de um homem ⁽⁷⁾ e na vulva ^(15,18, 19).

Quando mama acessória desenvolve-se no sexo feminino, a glândula responde às flutuações hormonais e alterações na puberdade, período pré-menstrual, gravidez e lactação podem ocorrer ^(7, 9).

A mamografia é o método ideal para a detecção precoce do câncer mamário ^(2, 17, 20, 30). Mamograficamente a mama acessória axiliar é geralmente uma área de tamanho moderado de densidade que radiologicamente lembra um

parênquima normal mas é localizado na axila, separado do parênquima da região torácica. Isto é distinto da relativamente frequente cauda de Spencer axilar que representa uma extensão direta da margem externa da mesma massa do tecido glandular⁽¹⁾. Na mamografia realizada pela paciente foi evidenciado microcalcificações em mama acessória axilar esquerda. Microcalcificações são frequentemente encontradas em tumores malignos e muitas vezes representam o único sinal evidente dos mesmos; suas características são: pequenas (100 a 300 micra de diâmetro), irregulares e agrupadas na área tumoral; geralmente são numerosas e podem se apresentar em focos múltiplos; às vezes seu número é pequeno (cinco ou seis); sua detecção no entanto é fator determinante para biópsia⁽²⁰⁾. Apesar de importante a USG tem limitações no estudo da mama, não elucidando a natureza benigna ou maligna de massas sólidas. É menos sensível que a mamografia na detecção de câncer de mama em estágio precoce e portanto, não é solicitado rotineiramente no rastreamento de câncer⁽²⁾. A USG pode evidenciar focos de microcalcificações e aumento na vascularização (Doppler) fornecendo informações importantes como a suspeita de uma lesão maligna como visto no caso relatado.

A Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF), fornece geralmente o diagnóstico de carcinoma de mama e esta constitui-se de uma técnica segura e simples. No caso de tecido mamário acessório oferece diagnóstico incluindo as mudanças fisiológicas e lesões patológicas, e diferencia outras lesões, como lipoma, linfadenite granulomatosa, linfomas e carcinoma metastático⁽¹⁰⁾.

A paciente apresentava uma mama acessória do tipo polimastia e há relato que este tipo na axila é mais propensa a câncer^(6, 11) não sendo unânime este conceito. Matsuoka et. al. relataram um caso de carcinoma de mama acessória e revisaram 33 casos. Eles reforçam a importância em considerar o diagnóstico de carcinoma em nódulos subcutâneos achados ao redor da

mama⁽²³⁾ e Livesey relata um carcinoma de mama acessória com metástase num nódulo subcutâneo torácico⁽²²⁾. Desta forma, diagnóstico e tratamento precoce são imperativos no manejo de nódulos subcutâneos na região da mama e linha mamária embriológica^(22, 31).

O carcinoma ductal infiltrante é o tipo mais comum de câncer mamário e como ocorreu com a paciente pode ser observado componentes obviamente intraductais. Por sua consistência endurecida e o crescimento ocorrendo como nódulos muito bem delimitados de consistência pétrea à palpação, podem fixar-se através de infiltração às estruturas adjacentes ou à parede torácica subjacente marcando a pele e retraindo o mamilo⁽²⁵⁾. Quanto maior a quantidade de carcinoma intraductal na lesão há menor taxa de comprometimento axilar e melhor prognóstico. Por outro lado, neoplasias com componente intraductal extenso têm maiores chances de exibir carcinoma intraductal à distância, além de focos multicêntricos da neoplasia. O risco de recidiva local é maior para neoplasias com comprometimento intraductal extenso particularmente quando este é do tipo comedocarcinoma⁽²⁶⁾.

O tratamento de escolha para o carcinoma de mama inicial (≤ 3 cm) é o conservador (setorectomia e linfadenectomia axilar). A radioterapia pós-operatória sempre deve ser realizada para prevenir recorrência local⁽²⁵⁾ e pela multicentricidade da neoplasia⁽²⁶⁾.

O carcinoma se desenvolve cinco vezes mais freqüentemente na mama da mulher que teve previamente carcinoma da mama contralateral do que a população feminina em geral. O risco é realmente maior se múltiplos carcinomas primários foram achados na primeira mama⁽¹⁸⁾. Guerry descreve um carcinoma da mama direita que foi feito seguimento por quase cinco anos e um ano e meio mais tarde houve a ocorrência de adenocarcinoma em mama

acessória localizado no grande lábio esquerdo da vulva e concomitantemente carcinoma foi detectado na mama esquerda. Indicando que o estímulo para carcinoma mamário pode induzir mudanças neoplásicas no tecido mamário aonde quer que ele esteja situado⁽¹⁸⁾.

A necessidade para acompanhamento da paciente após cirurgia desta natureza é enfatizado. Bodejo ilustra com um caso: uma mulher de 45 anos que apesar de todos os avisos não realizou o seguimento pós-operatório, mais tarde retornou grávida, com uma lesão mamária extensa e linfonodos positivos⁽⁴⁾. O seguimento posterior da paciente deve ser feito através de revisões clínicas trimestrais nos dois primeiros anos e após, semestrais nas quais é realizado exame ginecológico e solicitado mamografia bilateral, radiografia de tórax e provas de função hepática a princípio anualmente, mas, na suspeita de recidiva da doença, deve ser solicitado em qualquer época. Atenção especial deve ser dada as queixas respiratórias, as dores ósseas, a circunferência dos membros superiores, a palpação do fígado, bem como aos sinais de recidiva na área operada⁽¹⁶⁾.

Vários fatores influenciam o prognóstico do câncer de mama, dentre deles destacamos: o tamanho do tumor primário, o tipo histológico, a presença ou ausência de receptores hormonais e o comprometimento linfonodal. Em geral tumores com menos de 2 cm são associados a prognóstico favorável. A classificação histológica de carcinomas mamários é baseada exclusivamente em critérios morfológicos e muitos desses carcinomas tem padrões de comportamento biológico diferentes do carcinoma ductal infiltrante, e é importante que em cada caso selecionado para tratamento, leve-se em consideração a implicação prognóstica das características histológicas. Os receptores hormonais também são considerados como um dos parâmetros de valor prognóstico, por refletirem características biológicas do tumor.

Acredita-se que o estrogênio atue como promotor da carcinogênese mamária possivelmente por sua influência sobre a produção do fator de crescimento autócrino pelas células cancerosas. O número de receptores para estrogênio das células cancerosas da mama pode ser alto, intermediário ou ausente, sendo proporcional ao grau de diferenciação celular e à potencial responsividade do tumor para ablação antiestrogênica. Em geral os cânceres com altos níveis de receptores estrogênicos têm melhor prognóstico do que aqueles com níveis intermediários ou sem receptores. O estado dos linfonodos axilares é o fator prognóstico mais importante, quando são considerados isoladamente. O número de linfonodos axilares com metástases é, por si só, o mais importante fator quanto a recorrência e a sobrevida das mulheres com câncer de mama. Tem sido demonstrado extensivamente que pacientes com linfonodos histologicamente não comprometidos pela neoplasia têm menor risco de recidiva e maior sobrevida do que aqueles com linfonodos afetados por metástases ^(26, 28).

O tratamento precoce da doença localizada, além de possibilitar tratamento conservador, é a melhor esperança de erradicação total e todas as mulheres devem ser monitorizadas para a identificação do câncer mamário em fase precoce.

ABSTRACT

The author relates a case of carcinoma accessory axillary breast tissue, which is considered rare among the breast cancers (0,3-0,6%). The patient presented palpable left axillary region nodule with conclusive preoperative investigation to carcinoma (Mammography, Doppler-Ultrasonography and Fine Needle Aspiration). The patiente has been submitted to conservative surgical treatment (left axillary mastectomy and axillary lymph node dissection) and postoperative radiation therapy whom presented good evolution after the treatment. The some continuos in progress for two years and it presented any evidence about local recidive and systemic disease.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ADLER, D. D. , REBNER, M. , PENNES, D. R. Accessory breast tissue in the axila : mammographic appearance. Radiology, v. 163, p. 709 - 11, 1987.
02. ALMEIDA, E. F. Importância da mamografia na detecção de nódulos e câncer de mama. Focus em mamografia, v.1, p. 2 - 3, 1990.
03. BLAND, K. I. , COPELAND III, E. M. La mama . Rio de Janeiro : Médica Panamerica, 1993. p. 2 - 4.
04. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle de Câncer - Pro-Onco. Câncer no Brasil : dados dos registros de base populacional. Rio de janeiro, 1995. v. 2, p. 72.
05. BODEJO, O. A. Fungating accessory breast carcinoma in Nigerian women. Trop - Geogr - med, v. 36, p. 45 - 9, 1984.
06. BUKANZ, S. L. , FINKELSTEIN, W. , VALDLAMUDI, K. K. Carcinoma of a aberrant axillary breast tissue. N. Y. St. J. Med., v. 75, p. 1066 - 67, 1975.
07. CAMISA, C. Accessory breast on the posterior thigh of a man. J. Am. Acad. Dermatol., v. 3, p. 467 - 9, 1980.
08. CARAUTA, R. História resumida do câncer de mama e seu tratamento. Femina, v. 20, p. 456 - 60, 1992.
09. COGSWELL, H. D. , CZERNY, E. W. Carcinoma of aberrant breast tissue. Am. J. Surgeon, v. 27, p. 388 - 90, 1961.

10. DAS, D. K. , MATHEW, S. V. , SHEIKH, Z. A. , AL-RUBAH, N. A. R. Fine needle aspiration cytologic diagnosis of axillary accessory breast tissue, including its physiologic changes and pathologic lesions. Acta Cytol., v. 38, p. 130 - 5, 1994.
11. FALSO, M. , PARDO, J. , KOHN, H. N. , PALADINO, R. Carcinoma of a supernumerary breast. Arch. Fund. Roux. Oefa., v. 5, p. 139 - 43, 1971.
12. FAERSTEIN, E. Aspectos epidemiológicos no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia , v. 31, p. 193 - 7, 1985.
13. FELLER, Y. P. Breast neoplasm : natural course, Symptomatology and classification. Bol. Hosp. San Juan de Dias , v. 29, p. 29 - 36, 1982.
14. FERREIRA, E. M. P. F. , SINISGALLI, J. , AURÉLIO, C. , FIGOLS, J. Carcinoma mamário em glândula acessória. Revista Imagem , v. 11, p. 85 - 6, 1989.
15. FOUSHEE, J. , SMITH, H. , PRUITT JUNIOR, A. B. Vulvar fibroadenoma from aberrant breast tissue : Report of two cases. Obstet. Gynec., v. 29, p. 819 - 23, 1967.
16. FREITAS, F. , KRUSE, W. , RIVOIRE, W. , MENKE, C. H. Rotinas em ginecologia. 2. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993. Cap. 14, p. 200 -22.
17. GOREY, T. F. Advances in breast cancer : clinical and biological lessons from screening. Ir J. Med. Sci. , v. 165, p. 143 - 50, 1996.
18. GUERRY, R. L. , PRATT-THOMAS, H. R. Carcinoma of supernumerary breast of vulva with bilateral mammary cancer. Cancer, v. 38, p. 2570 - 74, 1976.
19. HAAGENSEN, C. D. Doenças da mama. 3. ed. São Paulo : Roca, 1989. p. 4 - 7.
20. KALAF, J. M. Câncer mamário - quadro radiológico - diagnóstico diferencial com outras patologias. Imagem, v. 5, p. 18, 1989.
21. KITAMURA, K. , KUMANO, H. , KIYOMATSU, K. , IKEJIRI, K. , SUGIMACHI, K. , SAKU, M. Mastopathy of the accessory breast in the axillary regions occurring concurrently with advanced breast cancer. Breast - Cancer - Res. -Treat., v. 35, p. 221 - 4, 1995.

22. LIVESEY, J. R. , PRICE, B. A. Metastatic accessory breast carcinoma in a thoracic subcutaneous nodule. J. Royal Soc. Med., v. 83, p. 799 - 800, 1990.
23. MATSUOKA, H. , VEO, H., KUMANO, H. , SUGIMACHI, K.; INOKUCHI, K. A case of carcinoma originating from accessory breast tissue of the axila. Gan No Rinsho, v. 30, p. 387 - 91, 1984.
24. MEZZALIRA FILHO, L. , BOLZZONI, A. , SOZO, I. , OLIBONI, S. Epidemiologia e fatores de risco para o câncer de mama. Revista Científica AMECS, v. 2, p. 60 - 1, 1993.
25. PHILLIPS, D. M. , BALDUCCI, L. Current management of breast cancer. Am. Fam. Physician, v. 52, p. 657 - 65, 1996.
26. PIATO, S. Mastologia. São Paulo: Roca, 1995. p. 139 - 45, cap. 22, p. 169 - 75.
27. PIZA, B. T. Fibroadenoma em mama supranumerária axilar. J. Bras. Ginec., v. 93, p. 13 - 4, 1986.
28. ROBBINS, S. et. al. Patologia estrutural e funcional. 4. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, p. 975 - 93.
29. SCANLAN, K. A. , PROPECK, P. A. Accessory breast tissue in an unusual location. Am. J. Roentgenol., v. 166, p. 339 - 40, 1996.
30. SAINSBURY, R. Breast Cancer. Postgrad. Med. J., v. 72, p. 663 - 6, 1972.
31. SMITH, G. M. R. , GREENING, W. P. Carcinoma of aberrant breast tissue. Brit. J. Surg., v. 59, p. 89 - 90, 1972.
32. SOUZA, A. Z. , SALVATORE, C. A. Mastologia prática. São Paulo : Manole, 1979. p. 77 - 9.

**TCC
UFSC
TO
0137**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0137

Autor: Jamundá, Taciana

Título: Câncer de mama acessória : rela



972803941

Ac. 254272

Ex.1 UFSC BSCCSM